

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de naissance : .. / .. / Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

De compétition

De loisir

Pour les sports suivants :

Canoë – kayak

Tir à l'arc

Paddle

Vélo

Grimpe d'arbres

Randonnée

Course d'orientation

Remarques restrictives éventuelles :

.....

.....

Date de l'examen médical :

Cachet professionnel :

Signature du médecin :

DROIT A L'IMAGE

Nom de l'enfant :

Prénom :

RESPONSABLE LEGAL :

Autorisez-vous « Sport'Nat School » à prendre votre enfant en photo et à diffuser sur notre site ou les réseaux sociaux dans un but sportif.

J'accepte

Je n'accepte pas

Fait à le

Signature :

